

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

275

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Mai 1907, à 1 heure

PAR

F. MONGNET

Ancien Interne des Hôpitaux de Rouen
Médaille d'Or (Prix Pillore 1906)
Prosecteur à l'École de Médecine de Rouen
Ex-Assistant à l'Hôpital Ophthalmique
de la Seine-Inférieure

Actinomycose Primitive

Des Canalicules Lacrymaux

Président : M. DE LAPERSONNE, professeur

Juges { MM. ALBARRAN, agrégé
AUVRAY, agrégé
MORESTIN, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

275

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Mai 1907, à 1 heure

PAR

F. MONGNET

Ancien Interne des Hôpitaux de Rouen
Médaille d'Or (Prix Pillore 1906)
Prosecteur à l'École de Médecine de Rouen
Ex-Assistant à l'Hôpital Ophthalmique
de la Seine-Inférieure

Actinomyose Primitive

Des Canalicules Lacrymaux

Président : M. DE LAPERSONNE, professeur

Juges { MM. ALBARRAN, agrégé
AUVRAY, agrégé
MORESTIN, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

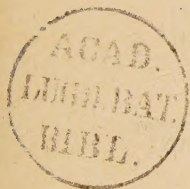
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE
Professeurs		MM.
Anatomie		POIRIER
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		SEGOND
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
Clinique médicale	}	HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		GRANCHER
Maladies des enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		LE DENTU
Clinique chirurgicale	}	TERRIER
		BERGER
		RECLUS
Clinique ophtalmologique		DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
Clinique d'accouchements	}	N...
		PINARD
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	des travaux anat.
BROCA (André)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MEPY	VAQUEZ
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Professeur de Clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur

Actinomyose primitive

DES

Canalicules lacrymaux

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion d'observer à l'Hôpital Ophtalmique de la Seine-Inférieure deux cas d'actinomyose primitive des conduits lacrymaux. Cette affection est fort rare ; la littérature médicale en compte seulement une cinquantaine d'observations ; il nous a donc paru intéressant de faire de ces deux cas l'objet de notre thèse inaugurale.

Dans une première partie, nous résumerons les divers travaux publiés antérieurement sur l'actinomyose des canalicules lacrymaux ; puis nous exposerons le tableau clinique de cette affection en étudiant en même temps l'étiologie, la pathogénie ; un chapitre sera consacré à l'anatomie pathologique.

Les deux observations recueillies compléteront notre étude.

Les observations qui constituent la base de ce travail appartiennent à M. le Dr Victor Rocher, chirurgien de l'hôpital, dont nous avons été l'assistant pendant deux années. Il a bien voulu nous permettre de les utiliser en vue de notre thèse ; qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre gratitude pour cette marque de confiance et pour l'enseignement que nous en avons reçu pendant le temps que nous avons passé à l'Hôpital Ophthalmique de la Seine-Inférieure.

Nous devons exprimer également notre reconnaissance à M. le Dr F. Dévé, professeur à l'Ecole de Médecine de Rouen. Dans une de nos deux observations, l'examen histologique a été pratiqué par lui ; il nous a donné le dessin de la préparation qui est reproduit dans notre travail. Nous le prions d'agréer nos biens vifs remerciements.

Arrivé au terme de nos études nous tenons à remercier nos maîtres de Paris et de Rouen.

Nous avons commencé nos études médicales, il y a huit ans, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, sous les auspices de M. le Dr Bataille, professeur d'Anatomie ; nous sommes heureux de pouvoir le remercier de l'amitié dont il a daigné nous honorer et des connaissances que nous avons acquises auprès de lui.

Le Dr Lereffait fut pour nous un maître plein de sollicitude : nous ne saurions l'oublier.

Pendant notre séjour à Rouen nous fûmes successivement l'interne des Drs A. Hébert et Petitclerc, des professeurs Brunon et Olivier : nous garderons le souvenir le meilleur de ces maîtres

qui ont cherché à nous faire bénéficier de leur expérience.

Nous devons aussi remercier nos maîtres de l'Ecole de Rouen, les professeurs Tinel, F. Hue, Leudet, Pennetier, Jeanne, Martin, Cerné et Nicolle.

Nous avons suivi avec empressement l'enseignement donné à Necker par le professeur Guyon et à Lariboisière par le professeur agrégé Bonnaire : nous leur en sommes très reconnaissant.

M. le professeur de Lapersonne nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous avons trouvé auprès de lui l'accueil le plus bienveillant ; nous le prions d'agréer nos sentiments de vive reconnaissance.

HISTORIQUE

L'actinomyose des conduits lacrymaux est depuis longtemps connue au moins au point de vue clinique. Dès 1670, Césolin en donna une première observation ; puis, en 1779, Sandifors en publia un cas ; dans les *Annales d'Oculistique*, en 1842, Desmarres, en relatant le troisième cas, considéra les calculs observés comme de nature calcaire. Il leur donna le nom de dacryolithes et rapporta leur formation à une diathèse comme l'arthritisme et la goutte.

Jusqu'alors aucun examen complet n'avait été fait de ces dacryolithes et les cas relatés étant peu nombreux, l'histoire de cette affection n'entra dans une phase nouvelle qu'avec A. de Graefe.

En 1854, de Graefe, le premier, décrivit l'engorgement des canalicules lacrymaux par des champignons en massues ; au début il rapporta ces formations calcaires à un champignon « *Achorion Schonleini* », mais il fut amené à abandonner cette opinion par les travaux de Conheim et Leber.

En 1855, ayant recueilli plusieurs observations, de Graefe signala dans le canalicule lacrymal inférieur l'existence de concrétions produites par des champignons.

En 1869, il donna les signes cliniques de cette maladie en se basant sur dix observations. Ensuite, les cas devinrent rares et le tableau clinique de de Graefe ne fut en rien modifié. Cependant avec la plupart des auteurs, il n'avait rencontré de concrétions que dans le canalicule inférieur et il sembla en faire un des symptômes de la maladie. Or dans cinq cas rapportés par Schœder dans la *Klinische Monatsblätter* (1894) et recueillis par Fœrster, Schirmer, Del Munte, Grüning, Higgins, et dans deux observations que nous rapportons nous-même ; l'engorgement intéressait le canalicule supérieur.

Dans notre deuxième observation les canalicules supérieur et inférieur étaient également atteints.

Plus tard Conheim et Leber publiaient leurs travaux sur cette question. Ils pensaient que les concrétions ainsi trouvées étaient constituées par des filaments du *Leptothrix buccalis* ; il y avait bien quelques différences telles que la finesse des bâtonnets, des grains, des filaments qui était plus grande dans les concrétions retirées des conduits lacrymaux que dans les productions habituelles du *Leptothrix*.

De plus l'iode, qui colore habituellement le *Leptothrix*, ne colorait pas ces filaments. Néanmoins l'opinion était faite et pendant plusieurs années on crut à l'existence du *Leptothrix buccalis* dans les conduits lacrymaux. Schœder donne ainsi l'opinion de Waldeyer sur un cas de Fœrster : « Au microscope apparaissent à un faible grossissement de petites massues arrondies, dont se détachent de fins filaments ; à un

fort grossissement les amas se dissociaient en petits microcoques arrondis et en corps plus allongés, souvent associés à des filaments analogues à des vibrions et à des éléments en chainettes ; on n'obtenait pas de coloration violette avec l'iode. »

Il en fut de même dans le cas de Schirmer. Narkiewicz-Jodko, au contraire, sembla donner raison à de Graefe ; il mit en évidence des Achorion Schonleini dans la concrétion qu'il avait isolée d'un canalicule.

Grüning trouva des longs filaments et des bâtonnets : « Se basant sur l'observation d'Hallier, à savoir que le *Leptothrix* est produit par le bourgeonnement du *Penicelium glaucum*, il fit un essai de culture sur glycérine dans laquelle, le lendemain déjà, un enveloppe semblable à une toile d'araignée se montrait autour de chaque masse de champignon et qui parvenait, au bout de vingt-quatre heures à la surface du liquide sur laquelle elle formait une épaisse couche vert bleu. Elle était composée de conidies en forme de pinceaux, tandis que l'enveloppe semblable à une toile d'araignée était formée de filaments de *Penicelium*. » (Schräeder).

Haase, comme Leber et Waldeyer, ne put lui non plus colorer les filaments avec l'iode. Ses conclusions furent les mêmes que celles de ces deux auteurs.

Ce qui donna de l'autorité à cette théorie fut la découverte du *Leptothrix* dans le canal lacrymal par Camuset, puis par del Munte. Dans un cas de Bugier, quoique aucun examen microscopique n'ait été fait,

on considéra le champignon isolé comme du *Leptothrix*.

Nettelship et Durham firent l'examen microscopique du cas de Higgins et conclurent au *Leptothrix*. Il semblait donc que pour tous les auteurs les concrétions trouvées étaient une production due au *Leptothrix buccalis* ou tout au moins à un *Leptothrix* de variété nouvelle se différenciant de la variété *buccalis* par la plus grande finesse de ses filaments et par l'absence de réaction par l'iode.

Mais, en 1884, Goldzieher et Reuss, en même temps et sans s'être communiqué leurs travaux, attirèrent l'attention sur l'opinion émise par Cohn en 1874. Celui-ci avait reconnu comme appartenant au genre *Streptothrix*, un champignon trouvé dans les concrétions que Færster lui avait envoyées. Il le dénomma en l'honneur de Færster « *Streptothrix Færsteri*. » Des filaments extrêmement fins, enchevêtrés, feutrés les uns avec les autres rappelant des éléments analogues aux spirilles et aux spirochètes formaient la concrétion.

Il distingua ces filaments de ceux du *Leptothrix buccalis* parce qu'ils étaient très fins, tortillés en boucle et parfois bifurqués alors que ceux du *Leptothrix* sont plus épais, plus droits et jamais bifurqués. Dans leurs cas et dans ceux publiés antérieurement, Goldzieher et Reuss concluaient qu'il s'était agi dans presque tous les cas du *Streptothrix Færsteri*. Il en était ainsi pour le cas de Færster rapporté par Waldeyer, pour celui de Higgins,

de Schirmer, de Haase. Seul est différent le cas de Grüning ; mais Reuss mit en doute l'origine du *Penicilium glaucum* trouvé par Grüning dans la culture.

En 1888, Grunhüt confirma l'opinion de Cohn par un examen qui montra dans deux cas que le *Streptothrix* formait l'élément principal des concrétions.

Bouchard, dans sa *Pathologie générale*, décrit, d'après Trévisan (1889), les amas conglomerés trouvés dans les canalicules lacrymaux comme des productions d'un microphyte parasite auquel il donna le nom de *Nocardia Fœrsteri*, le comprenant dans le genre de celui découvert par Nocard en 1888 dans le farcin du cheval. Nous devons d'ailleurs ajouter que sous le nom de *Nocardia bovis* il désigna le champignon rayonné qu'Harz, en 1876, avait dénommé *Actinomyces bovis*. Bouchard considéra donc le champignon parasite des canalicules lacrymaux comme très voisin de l'*Actinomyces bovis* mais non comme identique.

C'est seulement en 1893 que l'on appela actinomycose des conduits lacrymaux l'affection de ces voies dues au *Streptothrix Fœrsteri*.

Guénod, suivant J. Terson, Tomassoli, suivant Guillemin, émit le premier cette opinion.

Quoi qu'il en soit de cette question de priorité, c'est seulement en 1894 que Th. Schröder affirma l'identité absolue du *Streptothrix Fœrsteri* et de l'actinomycose des espèces bovine et humaine. Westfallen, professeur à l'hôpital allemand d'Alexandre à

Saint-Petersbourg, qui fit l'examen des concrétions, rédigea la note suivante : « La préparation qui m'a été remise en bon état présente environ vingt-cinq grains jaunes, gros comme la tête d'une épingle, qui se décomposent par une prudente dissociation en une quantité de grains encore plus petits ; fraîchement examinés les grains se composent de filaments plus fins qui montrent à leur limite extérieure une disposition plus rayonnée et, à la périphérie, des corps en forme de massues ; en outre, de nombreuses spores se voient dans les mailles formées par les filaments. »

En comparant les symptômes produits par l'actinomyces et ceux produits par le *Streptothrix Fœsteri* ainsi que la structure des deux champignons, Schröder concluait à l'identité des deux parasites végétaux. Pour Schröder, si Cohn n'avait pas vu les renflements piriformes dans l'examen qu'il avait fait du *Streptothrix* c'est que d'abord son matériel était insuffisant, et sa technique de coloration était imparfaite, ensuite que l'Actinomyces, nous le savons maintenant, ne contient pas toujours ces renflements piriformes. D'après Bostrom, Cohn lui-même aurait reconnu, dans un cas incontestable d'actinomycose humaine, une grande similitude entre les deux champignons, mais il conserva toujours une grande réserve à l'égard des corps piriformes.

Nous devons reconnaître que si Golzicher et Reuss ne pensèrent pas à la possibilité de l'existence de l'actinomycose cela n'a rien d'étonnant puisque, en 1884, elle n'était que très peu connue. C'est néan-

moins à eux que l'on doit l'abandon définitif du *Leptothrix* et l'idée d'identité probable du *Streptothrix* et du champignon rayonné.

En 1894, Huth, ne connaissant pas le travail de Schroeder, constata la présence de l'actinomyces dans les grains extraits du canal lacrymal inférieur.

En 1895 deux nouvelles observations furent rapportées par Elschnig dans *Monatsblätter für Augenheilk.* L'examen microscopique, fait soigneusement, révéla l'aspect typique du champignon rayonné : cependant les éléments en massues faisaient défaut.

En 1896, Th. Evetzky, professeur à la clinique ophtalmologique de la Faculté de Médecine de Moscou, dans un article publié dans les *Archives d'Ophtalmologie* intitulé : « Actinomycose des conduits lacrymaux » s'exprime ainsi : « Quant à moi, je partage entièrement l'opinion sur l'identité des deux champignons et je suppose aussi que le *Leptothrix*, trouvé antérieurement dans les grains des canalicules lacrymaux, n'était en réalité que le champignon radié. » A l'appui de cette opinion Evetzky cite non seulement la similitude complète du tableau clinique mais aussi les résultats de l'examen microscopique de ces grains. De même qu'Elschnig, il ne trouva pas de vrais renflements piriformes.

En 1896, Cuignot, dans sa thèse de Lyon sur les pseudo-actinomycoses, signala l'existence de la pseudo-actinomycose du sac lacrymal.

En 1897, O. Lange, chef de clinique ophtalmologique à Brunswick, publiait dans l'*Ophtalmologische*

Klinik l'observation d'une femme atteinte d'actinomyose du canalicule supérieur. L'examen microscopique lui fit admettre les mêmes conclusions que Schrøder.

En 1898, Kastalkaïa présenta au Cercle ophtalmologique de Moscou un malade dont l'observation n'a pas été publiée, croyons-nous. Il obtint dans ce cas des cultures pures de champignon radié.

Mitvalsky de Prague, dans les *Archives d'Ophtalmologie* en 1898, a relaté un cas d'actinomyose secondaire du sac lacrymal. Il décrivit les coupes colorées d'après Gram et montra que les filaments et les massues constituaient les grains actinomyco-siques trouvés dans les voies lacrymales.

Dans la même année Sabrazès et Ulry, dans la *Gazette des Hôpitaux*, firent une revue générale de l'actinomyose primitive de la conjonctive et des voies lacrymales.

En 1899, Robert, dans sa thèse de Paris, publia une observation personnelle et se rattacha à l'opinion de Schrøder au sujet de l'identité du *Streptothrix Føersteri* et de l'*Actinomyces bovis*.

Dans la *Clinique ophtalmologique*, en 1900, Van Stræten rapporta un cas d'actinomyose des voies lacrymales. Mais n'ayant pu voir suffisamment les renflements en massues, il pensa qu'il valait mieux conserver au parasite le nom de *Streptothrix* et, si l'on tenait à rappeler l'analogie d'aspect avec l'actinomyose, parler de pseudo-actynomyose. En 1901, J. Terson, de Toulouse, après une observation

personnelle, ne chercha pas à élucider la question ; les professeurs Labat et Leclainche qui examinèrent les concrétions n'ayant point trouvé les éléments en massue. A. Bourgeois relata, dans la même année, deux cas cliniques qui, dit-il, faisaient penser à l'actinomyose des canalicules lacrymaux. Mais l'examen anatomique et bactériologique n'ayant pas permis de trouver les caractères de l'actinomyose, Bourgeois considéra ses deux cas comme des faits de pseudo-actinomyose. En 1902, Guibert, de la Roche-sur-Yon, fut assez heureux pour trouver, avec Berthaut et de Muratet, tous les caractères classiques des grains actinomycosiques : au centre feutrage de fins filaments s'irradiant et se divisant ; à la périphérie des massues réfringentes. Enfin, en 1904, Guillemain, dans sa thèse de Lyon, sans cependant apporter d'observations nouvelles conclut, que l'actinomyose est due à un parasite du genre *Streptothrix*, de l'espèce *Oospora*, de la variété *Actinomyces*. Les pseudo-actinomyoses seraient dues à l'*Oospora Færsteri*, champignon très voisin du précédent.

L'historique des cas d'actinomyose des voies lacrymales rapportés jusqu'à ce jour nous montre qu'il y eut trois périodes par lesquelles passèrent l'étude de cette question.

La première période fut la période leptothricienne ; la seconde, la période streptothricienne ; la troisième, la période actinomycétique.

ETIOLOGIE. PATHOGÉNIE

L'étiologie, quoique plus éclairée aujourd'hui, à la suite surtout d'un article de Segelken, en 1902, dans la *Klinische Monatsblätter für Augenheilk* est encore obscure.

C'est dans la forme sporulée que le champignon offre le type le plus propice à sa conservation et à sa contagion.

L'auto-inoculation chez un individu porteur de lésions cervico-faciales ou autres dues à l'actinomyces est exceptionnelle, au moins dans les cas relatés. En 1869 de Wecker enleva à une jeune fille une volumineuse concrétion d'origine parasitaire du conduit lacrymal inférieur droit ; cette malade présentait au cou une cicatrice d'un trajet fistuleux. Elle avait eu, paraît-il, longtemps avant, une glande suppurée et on lui avait retiré une concrétion, semblable à celle qu'on venait de lui enlever à l'angle de l'œil, mais d'un volume plus gros. Il ne nous paraît pas possible de dire si nous avons affaire dans un cas semblable à une auto-inoculation, car aucun examen n'avait été fait lors de la première opération et peut-

on croire à l'auto-inoculation chez un individu exposé journellement à la contagion.

La contagion d'homme à homme est excessivement rare. En 1888, Baracz rapporta cependant le cas d'un cocher atteint d'actinomycose de la face qui aurait communiqué la maladie à sa fiancée en l'embrassant.

L'actinomyces a été décelé dans les lésions de nombre d'animaux domestiques ; on s'en explique fort bien la cause : le champignon se développe surtout sur les céréales ; les animaux infectent leurs plaies et les spores se développent.

On a recherché si, dans ce cas, l'animal pouvait transmettre l'actinomycose à l'homme ; la contagion est exceptionnelle. Elle se fait le plus souvent du végétal à l'homme. Cela s'expliquerait par les poussières végétales qui permettraient au parasite d'arriver au contact des tissus ; c'est ainsi que Moosbrügger, Hirschfeld, Buzzi et Conti (1885) ont rapporté des cas d'actinomycose broncho-pulmonaire primitive, développés chez des cultivateurs peu après la rentrée des récoltes dans des greniers encombrés de vieux fourrages.

Il semble aujourd'hui démontré que dans la plupart des cas d'actinomycose et dans presque tous les cas d'actinomycose lacrymale ce soit par l'intermédiaire d'un corps étranger, d'un fragment de céréale que se fait l'infection.

Boström, vers 1876, a le premier émis cette théorie. Il prétendait que si dans tous les cas d'actinomycose humaine ou animale on recherchait soigneuse-

ment au sein des lésions on arriverait à trouver des débris végétaux. Il apportait à l'appui de sa théorie cinq cas dans lesquels les recherches avaient été couronnées par le succès, au moyen de coupes des tissus malades. D'ailleurs Boström lui-même reconnaissait que ces recherches étaient difficiles à faire, qu'elles nécessitaient l'aide du microscope et qu'il fallait compter avec le hasard pour trouver les parcelles végétales de dimensions difficilement perceptibles à l'œil nu.

Plusieurs autres cas, rapportés par Soltmann en 1883, par Régnier, Ammentrop, Illich, confirmèrent cette théorie. Les uns retrouvèrent des épis d'orge dans des tuméfactions dorsales chez un enfant à la suite d'ingestion involontaire d'un épi, dans du pus péri-appendiculaire, dans des nodules infectieux de la langue.

Schröder a essayé de déceler la présence de débris végétaux mais n'a pas réussi.

Goldzieher attribuerait plutôt l'infection à des corps étrangers, tels que des cils, des masses épithéliales qui favoriseraient autour d'eux la prolifération des spores. Il s'appuie sur ce fait que c'est surtout le canalicule inférieur qui est atteint ; or c'est lui qui est réellement utile pour l'écoulement des larmes.

Nous ne devons pas oublier que certains malades ont la mauvaise habitude d'enduire de salive le bord de leurs paupières pour se guérir de leurs affections oculaires.

Pour ceux qui rapportent au *leptothrix buccalis* les lésions actinomycosiques, cette façon de faire pourrait expliquer l'infection.

Dans les deux cas que nous rapportons nous n'avons pu établir l'étiologie. Il ne peut s'agir d'auto-inoculation, les malades ne présentant pas d'autres lésions actinomycosiques.

Les deux malades observés sont deux femmes habitant Rouen, l'une, couturière, l'autre rentière ; rien dans leur vie ne vient éclairer l'étiologie.

Nous sommes porté à admettre comme probable l'infection par les poussières végétales chargées de spores. Il est, en effet, d'observation fréquente, même à la ville, de constater l'existence de corps étrangers de la conjonctive d'origine végétale (débris de paille, d'herbes séchées, d'enveloppes de graines).

L'évolution de l'actinomycose dans les tissus est lente, chronique, envahissante, créant à la longue de vastes pertes de substance et aboutissant finalement à la formation de pus et d'abcès.

Dans les canalicules lacrymaux, au contraire, l'actinomycose présente un caractère tout spécial : elle reste localisée.

Cette limitation de l'actinomycose au canalicule lacrymal mérite d'être signalée. Elle a donné lieu à diverses explications. Schröder l'attribue à ce fait que le parasite végétal ne se trouve pas en plein tissu, que sa présence va irriter, enflammer, transformer en abcès, mais dans une cavité tapissée d'un

épithélium protecteur qui s'oppose à la pénétration du parasite ; sa présence provoque seulement une réaction inflammatoire qui se traduit par un épaississement de la paroi sans perte de substance, d'où l'existence des abcès observés dans d'autres régions envahies par l'actinomycose.

Déjà, en 1894, Schröder avait très bien analysé ces conditions. L'actinomyces avait été étudié jusqu'alors surtout au milieu des tissus où il avait pénétré par effraction.

On s'expliquait très bien que le parasite déterminât par sa présence une irritation qui contribuait à la formation d'abcès par destruction des tissus enflammés.

Il en va tout autrement lorsque le champignon radié se trouve dans les canalicules lacrymaux. Là, comme nous le rappelions tout à l'heure, il se trouve dans de mauvaises conditions pour son développement. C'est alors qu'il se développe lentement, donne une agglomération de ces grains calcaires pris pour des dacryolithes.

L'action mécanique des larmes et du mucus produit par la conjonctivite a été aussi invoquée ; le mucus englobe, les larmes entraînent le parasite.

C'est ainsi que pour Schröder, les conditions sont défavorables au développement de l'actinomyces et les faits semblent lui donner raison. « Dès le début, au moment où ce champignon pénètre dans le canalicule lacrymal, des causes doivent agir pour empêcher sa pénétration dans l'intimité des tissus.

Il me semble, dit Schrøder, qu'on peut considérer comme tels le mucus et les larmes : le champignon, charrié par eux, arrive dans le canalicule enveloppé de mucus ; le mucus l'empêche tout d'abord d'attaquer directement les tissus. Il se développe plus loin, mais toujours et sans cesse sera enveloppé de mucus, sécrété avec d'autant plus d'abondance qu'une légère conjonctivite se sera développée secondairement. Les larmes en vertu de leurs propriétés désinfectantes tuent les filaments et les spores et les entraînent mécaniquement. »

Evetzky, en 1896, dans les *Archives d'Ophtalmologie* écrit : « Je ne suis pas d'accord avec Schrøder qui considère le mucus et les larmes comme les obstacles qui empêchent la pénétration du parasite dans le tissu environnant. Ce rôle du mucus n'est nullement prouvé... Quant aux propriétés antiseptiques des larmes, le travail d'Ahlstrom en fait douter. Je pense que le rôle principal dans la bénignité de l'actinomycose de l'œil doit être attribuée à la résistance des éléments cellulaires du tissu sain de l'organisme. »

On a été amené expérimentalement à attribuer la non propagation de l'actinomycose à la présence d'autres microbes dans le canalicule lacrymal : en effet, il est établi qu'en bouillon de culture, le parasite végétal ne peut vivre avec d'autres microbes.

Quelle que soit la théorie admise, si l'on se borne à constater les faits, on voit la bénignité de l'actinomycose des conduits lacrymaux ; en effet, une goutte de pus à peine emplit la cavité occupée par le cham-

pignon ; cela tient à la faible virulence du parasite.

Cependant il pourra arriver que la présence de ces concrétions dans les canalicules lacrymaux favorise le développement d'infections secondaires. Alors comme nous l'ont montré les expériences de culture tentées, on verra se produire un abcès des tissus voisins, abcès dû, non plus à l'actinomycose mais aux microbes qui en se développant auront étouffé le champignon radié.

On peut dire que dans cette localisation, l'actinomyces présente son maximum de bénignité ; nulle part il ne reste mieux localisé qu'en ce point et il se développe au point inoculé ; si bien que dans toute la littérature médicale nous ne trouvons qu'un cas d'actinomycose du sac lacrymal secondaire à celle des canalicules lacrymaux : c'est celui de Mitvalsky rapporté en 1898.

Cependant dans des cas comme celui rapporté à la Société de Chirurgie en février 1907 par A. Broca, au nom de Gaudier de Lille, sur l'actinomycose du maxillaire supérieur chez un enfant, ne pourrions-nous pas admettre à côté de l'origine dentaire, une origine lacrymale de cette affection ? Lorsqu'on était encore à la période leptothricienne, l'on admettait comme possible une infection venant de la bouche par le canal nasal qu'aurait remonté le leptothrix buccalis ; ne semble-t-elle pas encore plus admissible la possibilité de l'infection de l'antra d'Highmore par des spores actinomycosiques ayant suivi avec les larmes les voies lacrymales.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début de l'actinomyose des voies lacrymales offre les symptômes d'une légère conjonctivite. Il est marqué par un simple larmoiement auquel se joint après un laps de temps variable une rougeur modérée de la caroncule, de la conjonctive et du bord de la paupière au voisinage du canalicule atteint. L'épiphora n'est pas constant et le plus souvent on ne constate au début qu'un catarrhe peu accusé. Les douleurs, légères d'abord, consistent en sensations de brûlure, de picotement. On note des modifications du bord libre de la paupière tout le long du conduit lacrymal, un épaissement de la paupière qui s'arrondit un peu, amenant ainsi une légère éversion partielle de la paupière. Puis une tuméfaction apparaît à l'angle interne de l'œil qui répond au trajet du canalicule. Nous sommes à la période d'état.

A la période d'état trois symptômes dominant la scène : les démangeaisons, la béance du point lacrymal, la tumeur du canalicule. Cette triade forme un tableau caractéristique.

Les démangeaisons ont été données comme un des symptômes ; mais aucun auteur, même Guillemin, dans sa thèse de Lyon, en 1904, n'a, à notre avis, suffisamment attiré l'attention des cliniciens sur ce symptôme. Robert, dans sa thèse de Paris, en 1899, dit que : « le malade éprouve une cuisson, un picotement continu très désagréable en même temps qu'une sensation de gêne irritante. » Il n'en a pas été tout à fait de même dans les deux cas que nous rapportons.

Les démangeaisons, continues à l'état de veille, s'exaspèrent parfois par accès, obligent le malade à frotter sans cesse ses paupières. Plus que le larmoiement, abondant ou non, qui les accompagne, elles attirent l'attention du malade qui en fait sa principale plainte. Les démangeaisons siègent sur toute la région oculaire ; le frottement constant des paupières détermine de l'érythème et même des excoriations de la peau.

Peut-être y aurait-il lieu de rapprocher ces démangeaisons de l'urticaire provoquée par l'intoxication alimentaire et de les attribuer à l'action de toxines sécrétées par le parasite végétal.

La béance du point lacrymal est typique. L'orifice du canalicule est légèrement élargi, quelquefois le diamètre est trois à quatre fois plus grand que normalement. Le point lacrymal est saillant, éversé, les bords ectropionnés laissent voir la muqueuse interne rouge, faisant un petit bourrelet à l'extérieur rappelant l'aspect du col utérin

enflammé, ou encore « l'orifice du méat urinaire » (Terson, de Toulouse).

La tumeur du canalicule ne peut être méconnue ; son interprétation ne peut faire de doute. Elle constitue un renflement ovoïde également bombé en avant et en arrière, étendu du point lacrymal à l'angle interne de la fente palpébrale, c'est-à-dire occupant le trajet du canalicule. La palpation fera reconnaître la non adhérence de la peau, elle permettra de distinguer la paroi légèrement distendue et enflammée et une portion centrale indurée.

Il est intéressant de noter que dans notre première observation le renflement avait perdu l'aspect d'un ovoïde régulier. Le bord inférieur de la tumeur, aplati par pression de la paupière inférieure s'était étalé en un large lambeau interposé entre la paupière supérieure et le globe.

Si on presse sur la tumeur, dit le professeur Evetzky, on voit apparaître du liquide trouble et purulent dans le point lacrymal en quantité insuffisante pour former une gouttelette ; il arrive quelquefois qu'on en fait sortir en même temps les grains : « Si on continue la pression de la tumeur on remarque, au fond du canalicule lacrymal, une masse jaunâtre qu'on ne peut pas ôter et qui disparaît dès qu'on cesse la pression. »

A cette triade symptomatique, il convient d'ajouter l'aspect visqueux de la fente palpébrale dû au pus qui à la pression du canalicule peut jaillir par le point lacrymal ; l'existence dans la cavité du cana-

licule lacrymal incisé de grains variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle de grains de millet, de couleur jaune verdâtre, aplatis les uns contre les autres comme des calculs biliaires, non adhérents généralement à la paroi ; enfin la localisation plus fréquente de l'actinomyose au canalicule inférieur.

Jusqu'ici on n'a jamais signalé de destruction de la peau due à l'extension du processus actinomycotique ; d'ailleurs, nous avons vu que la peau est mobile sur la tumeur, ce qui nous confirme dans cette opinion que la lésion ne tend pas à s'étendre au delà des parois des canalicules lacrymaux.

Un point important, signalé par la plupart des auteurs, c'est que la maladie conserve longtemps le même aspect et qu'elle met souvent deux ans pour aboutir à une tumeur de la grosseur d'un petit pois.

L'affection peut guérir spontanément et le mode de guérison habituel dans ce cas c'est la calcification des grains transformés en masse calcaire entourée de détritrus cellulaires.

Il n'existe presque jamais de complication ; ni abcès, ni suppurations, ni fistules quelconques. Nous savons, en effet, que l'actinomyces, suivant Boström, n'a dans les conditions particulières où il se trouve dans les voies lacrymales, aucune tendance à produire du pus. Seulement dans le cas d'infection surajoutée au processus actinomycotique il pourrait y avoir un abcès, mais nous n'avons rien trouvé dans les cas rapportés qui pût donner raison à cette théorie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

M. le Dr F. Dédé, à qui ont été remises les petites tumeurs extraites du canal lacrymal dans un des cas que nous rapportons, nous a donné la note suivante. Nous nous en servons pour faire l'étude de l'anatomie pathologique de l'actinomyose des canalicules lacrymaux.

« Les deux tumeurs, extraites par le Dr Victor Rocher des conduits lacrymaux supérieur et inférieur, offraient une structure identique.

La première était de quelques dixièmes de millimètre plus grosse que la seconde. Elles avaient une forme ovoïde et mesuraient en moyenne 4 millimètres et demi de longueur sur 4 de largeur et 3 et demi d'épaisseur.

Leur couleur était blanc jaunâtre. Elles étaient partiellement enrobées dans du sang.

L'une et l'autre ont été incluses dans la paraffine et coupées au microtome de Minot. Disons en passant que les coupes se faisaient très mal. La petite masse, qui criait légèrement sous le rasoir, se craquelait et s'effritait dès qu'on voulait faire des coupes un peu minces. On n'obtenait guère en pareil

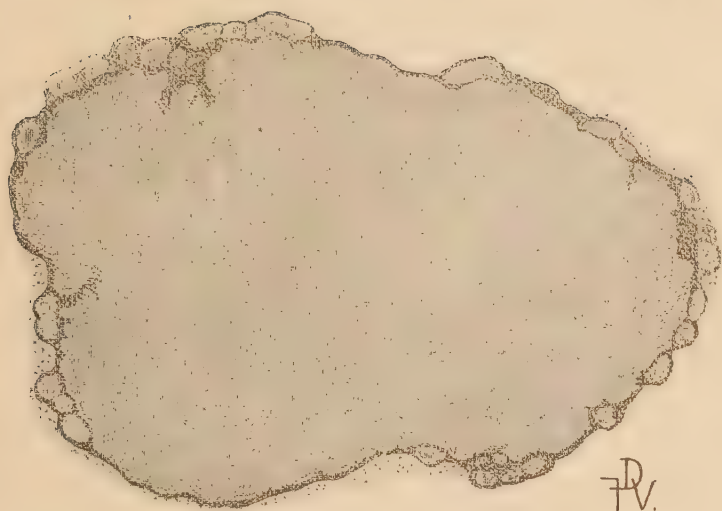


Figure 1.

Calcul actinomycosique d'un des conduits lacrymaux, représenté à un faible grossissement (x 20) pour montrer sa couronne de grains jaunes.

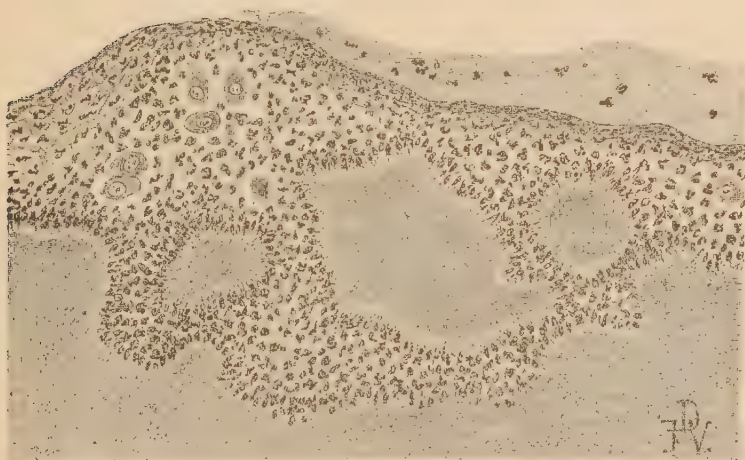


Figure 2.

Trois grains jaunes en bordure du calcul actinomycosique.
Grossissement : x 300.



cas que le pourtour de la petite tumeur, son centre étant tombé en poussière. Nous allons voir au surplus que la périphérie de la masse était la partie la plus intéressante.

Une série de coupes ont été colorées à l'hématéine-éosine-orange, à la thionine, au bleu polychrome de Unna, enfin au Gram-hématéine-éosine-orange.

A un faible grossissement (Fig. 1) *, on voit que la petite tumeur est formée par une masse centrale irrégulièrement ovoïde, entourée d'une couronne de petits grains isolés, noyés dans une nappe cellulaire ; celle-ci est elle-même revêtue en différents points de la surface par une mince couche de sang.

Sur ces coupes colorées à l'hématéine-éosine la masse centrale apparaît amorphe et uniformément teintée en rose violacé.

Les grains périphériques ont le même aspect, mais on remarque qu'ils présentent sur leur pourtour un liseré réfringent coloré en rose vif. A lui seul, cet aspect est déjà caractéristique : il s'agit de grains jaunes actinomycosiques.

En examinant, en effet, à un fort grossissement (fig. 2), le pourtour de la masse calculeuse, on reconnaît immédiatement la bordure de crosses qui entoure chacun des grains isolés en leur donnant l'aspect rayonné classique et qui ourle également en

*] Cette figure représente fidèlement une de nos coupes sauf qu'on a supprimé sur ce dessin la craquelure artificielle de la masse centrale produite par le rasoir.

maints endroits le bord de la masse principale. En vérité, les crosses ont été quelque peu déformées et altérées par l'alcool absolu, mais elles sont encore reconnaissables : elles forment une série de petites franges, en forme de massues, colorées en rose vif par l'éosine et dont l'interprétation ne laisse place à aucun doute.

Une coloration au Gram vient mettre en évidence, et dans la masse centrale et dans chacun des grains périphériques, l'existence d'un feutrage mycélien extrêmement touffu, qui laisse reconnaître en maints endroits des bifurcations en Y pathognomoniques.

La nature actinomycosique de la lésion est donc absolument certaine et indiscutable : l'existence de l'amas mycélien central avec ses dichotomisations caractéristiques, surtout la présence à la périphérie de chaque grain de massues tout à fait typiques rendent impossible la confusion avec le streptothrix de Fœrster.

Il nous reste à décrire quelques points accessoires.

La nappe cellulaire qui entoure étroitement le calcul actinomycosique et dans laquelle se trouvent inclus les grains jaunes périphériques est constituée par des leucocytes enrobés dans un réticulum fibri-noïde. Nous n'avons pas précisé la nature de ce réticulum ; s'agit-il de fibrine ou de mucus ?

Ce réticulum amorphe devient de plus en plus dense à mesure qu'on se rapproche de la surface et il forme à ce niveau une sorte de croûte dans laquelle se trouvent emprisonnés des débris nucléaires.

Les leucocytes qui entrent en contact avec la périphérie de l'amas mycélien sont, pour la plupart, des mononucléaires. Le reste est représenté par des polynucléaires neutrophiles ; nous n'avons pas rencontré d'éosinophiles ni de mastzellen.

Au milieu de ces leucocytes, on aperçoit, de-ci de-là, de grosses cellules à noyau clair et à protoplasma grenu foncé.

On pouvait se demander s'il ne s'agissait pas là des cellules épithélioïdes décrites par Unna au voisinage du champignon rayonné. Les caractères morphologiques et les affinités tinctoriales de ces éléments permettent plutôt de conclure qu'on se trouve en présence de cellules superficielles de la muqueuse lacrymale desquamées et s'étant trouvées emprisonnées avec les leucocytes dans le réticulum fibrinoïde.

1° *Pus recueilli avant l'incision du conduit lacrymal, obtenu par pression du point lacrymal.* — La formule leucocytaire de ce pus est une formule mixte à prédominance de polynucléaires neutrophiles. On constate la présence de quelques éosinophiles.

Sur les préparations au Gram, on ne peut trouver trace de filaments mycéliens. Pas de microbes.

2° *Pus et débris recueillis par curettage de la paroi du canalicule lacrymal.* — Ce pus renferme d'une façon assez discrète des filaments mycéliens isolés, bifurqués en Y, caractéristiques du parasite actinomycosique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée par M. le D^r Victor Rocher).

M^{me} D..., rentière, 64 ans, Rouen, vient me consulter en septembre 1906. Elle est en traitement depuis dix-huit mois. Elle se plaint de démangeaisons intolérables de l'œil gauche, qui, sauf la nuit, ne lui laissent pas un moment de répit ; tout le jour elle frotte ses paupières avec mouchoirs et serviettes : elle est, en outre, incommodée par un larmolement persistant ; depuis quelque temps, dit-elle, il y a un peu de pus avec quelques grumeaux.

Œil gauche. Rougeur érythémateuse des deux paupières.

Conjunctivite plus accentuée dans le tiers interne.

Dans le lac lacrymal nagent trois corpuscules, gros comme une tête d'épingle, d'aspect cristallisé, de couleur jaune verdâtre.

Point lacrymal supérieur saillant largement béant : son bord ectropionné laisse apparaître la muqueuse turgescnte.

Au niveau du canalicule supérieur existe un renflement ovoïde, gros comme un pois, également bombé en avant et en arrière ; la partie inférieure de ce renflement se prolonge en une masse flasque et pendante qui vient s'interposer

entre le globe et la paupière inférieure : elle rappelle l'aspect aplati des bourgeons charnus de la conjonctive, comprimés entre les paupières et le globe.

Peau mobile au niveau de la tumeur.

La pression du canalicule supérieur fait jaillir par le point lacrymal supérieur une perle de pus très épais, fortement adhérent à la muqueuse ectropionnée.

La pression du sac lacrymal et du canalicule inférieur est négative.

O. D. : Conjonctive et voies lacrymales en bon état.

O. D. G. : Opacités des cristallins.

Le 21 septembre 1906, incision du canalicule supérieur suivie de curettage et de cautérisation avec une solution de cyanure d'hydrargyre à 10/100, de nitrate d'argent à 10/100. Le canalicule dilaté forme une vaste poche d'où s'échappent des grumeaux blanc calcaire ; les parois de la cavité sont tapissées d'une coque épaisse, rugueuse, friable, dont l'ablation est suivie d'une abondante hémorragie.

Revue le 24 septembre, la malade se déclare guérie. Depuis l'intervention, toute démangeaison a disparu avec le larmolement ; plus de rougeur des paupières, plus de conjonctivite. Cette guérison immédiate s'est maintenue.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. le Dr Victor Rocher.)

M^{me} S..., 60 ans, journalière, Rouen, vient à l'Hôpital Ophtalmique, le 15 janvier 1907. Elle se plaint depuis six mois de larmolement des deux yeux, mais surtout de déman-

geaisons violentes de l'œil gauche qui l'obligent à frotter sans cesse ses paupières.

Œil droit : Blennorrhée du sac lacrymal ; la pression du sac donne lieu à un abondant écoulement muco-purulent par les deux points lacrymaux.

Œil gauche : Erythème des deux paupières.

Œil gauche : Conjonctivite.

Œil gauche : Points lacrymaux saillants, béants, avec bord ectropionné.

Au niveau de chaque canalicule existe une petite tumeur ovoïde, à grand axe horizontal, également bombée en avant et en arrière.

La peau est mobile au niveau de chaque renflement.

Les parois de la tumeur sont légèrement flasques ; elles paraissent avoir subi antérieurement une plus grande distension. Il existe un noyau induré.

La pression de chaque canalicule fait jaillir par le point lacrymal correspondant une légère gouttelette de pus visqueux fortement adhérent.

La pression du sac lacrymal est négative.

L'exploration des canalicules pratiquée avec le stylet de Bowman montre l'existence d'une large dilatation du canalicule renfermant un corps mobile de consistance dure.

Le 15 janvier, incision, curettage et cautérisation au nitrate d'argent à 1 o/o au cyanure d'hydrargyre à 1 o/oo du canalicule inférieur.

Les parois de la cavité sont revêtues d'une coque épaisse, friable ; une masse ovoïde dure, de la grosseur d'un pois, de coloration blanc jaunâtre sort par pression de la cavité.

Tumeur et partie de coque sont adressées à M. le Dr Dévé.

Le 20 janvier, la malade revient améliorée, non guérie : le canalicule inférieur est en bon état mais persistance des démangeaisons et du larmolement.

Le 25 janvier, en présence du Dr Dévé, incision et curetage du canalicule supérieur : une même tumeur ovoïde, d'aspect calcaire est recueillie ; une même coque rugueuse, friable revêt les parois de la cavité : même hémorragie abondante.

Attouchement de la cavité au nitrate d'argent et au cyanure de mercure.

Le lendemain la malade se déclare guérie ; plus de démangeaisons ; érythème des paupières, conjonctivite, larmolement disparaissent après deux ou trois jours.

Depuis, la guérison s'est toujours maintenue.

M. le Dr Dévé à qui j'avais remis les deux petites tumeurs me communiqua la note suivante :

Les deux petites tumeurs qui m'ont été remises, à quelques jours d'intervalle, par le Dr Rocher, avaient exactement la même structure : elles étaient formées par un véritable *calcul actinomycosique*.

Chacune de ces tumeurs était constituée par une masse centrale uniforme (s'étant craquelée et effritée sous le rasoir), entourée d'une sorte de couronne de petits grains isolés. Ceux-ci, immédiatement reconnaissables pour un œil exercé, ne sont autre chose que des *grains jaunes* typiques, avec leur amas mycélien central et leur bordure de crosses, reproduisant le fleuron actinomycosique classique. D'ailleurs, la coloration de Gram m'a permis de mettre en évidence, au centre de chaque grain, comme dans toute l'étendue de la masse craquelée, l'existence d'un feutrage mycélien

serré très spécial. J'ajoute que sur les frottis du pus des conduits lacrymaux, la même coloration révélait la présence de filaments mycéliens isolés, avec leur bifurcation en Y pathognomoniques. D'autre part, la *présence de massues* typiques (encore qu'elles aient été un peu déformées par l'alcool absolu) à la périphérie de chacun des petits grains mycéliens, rend absolument indiscutable la nature actinomycosique de la lésion.

Si j'insiste sur ce point, c'est que, par suite de l'absence habituelle de ces crosses caractéristiques, la nature de la lésion en question a été et reste encore, à l'heure actuelle, des plus discutées. C'est ainsi qu'elle a été attribuée à un parasite voisin de l'actinomycose, le streptothrix de Færster.

Comme ce point avait une certaine importance doctrinale, j'ai tenu à soumettre quelques préparations des deux calculs lacrymaux au contrôle d'un savant lyonnais, doublement compétent en pareille matière, le Dr L. Dor. M. Dor a bien voulu me répondre qu'il confirmait absolument ma manière de voir. « Votre cas, m'écrivait-il il y a quelques jours, est à rapprocher de celui de Auerbach dans lequel la démonstration de la nature actinomycosique a été faite également. Il existe actuellement une cinquantaine d'observations de calculs mycéliens du canal lacrymal (d'après Axenfeld, *Die Bakteriologie in der Augenheilkunde*, Iéna 1907, p. 257), mais la constatation des massues est tout à fait *exceptionnelle*. »

OBSERVATION III

(Par le D^r Robert. Thèse de Paris, 1899).

M^{me} X... de Béthune, âgée de soixante ans, propriétaire, se présente à la consultation de M. Dujardin en avril 1898 pour un larmolement de l'œil droit qu'elle-même rattache à l'existence d'une petite tumeur de la paupière inférieure droite augmentant lentement de volume depuis un an et demi. La malade se plaint de picotements se faisant sentir surtout dans la soirée, l'œil n'est que rarement collé le matin au réveil.

A l'examen on constate une légère hyperhémie de la conjonctive à l'angle interne, un élargissement du double et une éversion du point lacrymal.

La tumeur elle-même paraît être de la grosseur d'un pois, bombée également en avant et en arrière, assez résistante à la pression qui ne parvient pas à l'aplatir. Elle est située un peu en dehors du sac lacrymal sur le trajet et un peu au-dessous du conduit.

La pression sur la tumeur et le conduit fait sortir une gouttelette de liquide louche. Une pression énergique ayant été exercée sur la tumeur dans le but d'en provoquer l'expulsion, il ne nous a pas paru qu'elle fût visible par l'orifice lacrymal.

La peau est libre sur elle et ne présente pas de rougeur inflammatoire en ce point ; la conjonctive tarsienne est légèrement hyperhémée.

L'état général est bon.

La malade avait été soignée deux ans avant par M. Du

jardin pour un larmolement qui céda à peu près à quelques séances de cathétérisme.

Elle habite la ville.

Le traitement consista dans l'incision du conduit lacrymal et curettage de la tumeur qui se trouvait située dans un petit infundibulum à l'extrémité du canalicule, près du sac lacrymal. On sentait très bien à la curette que les parois de la cavité étaient rugueuses.

Lavage prolongé au sublimé au 1/1000^e et prescription de compresses de cyanure de mercure.

La malade se présente quinze jours après absolument guérie et la guérison s'est maintenue depuis.

OBSERVATION IV

(Par le Dr Guibert de la Roche-sur-Yon.

(Clinique ophtalmologique, décembre 1902).

Le 29 juin 1902 le Dr Thébaud de Moutiers-les-Mauxfaits m'adresse pour un larmolement léger de l'œil droit avec conjonctivite angulaire M. X..., âgé de trente-quatre ans, bourrelier, dont l'aspect extérieur est celui de la santé la plus florissante. De prime abord, il semble s'agir d'un chalazion au niveau du canalicule inférieur droit.

Un examen plus attentif montre que le gonflement est plus prononcé à la face antérieure qu'à la face postérieure de la paupière ; de plus, l'orifice du canalicule est légèrement élargi, la muqueuse interne fait un petit bourrelet à l'extérieur rappelant l'orifice du méat urinaire. La pression au

niveau de cette petite tumeur fait sourdre une petite gouttelette d'un liquide grisâtre. Le sac et le canal lacrymal sont libres, comme il est aisé de s'en rendre compte par une injection ; la canule filiforme de la seringue d'Anel rentre sans difficulté par la partie supérieure du canalicule, et l'injection poussée ne rencontrant aucune résistance, ressort aussitôt par la narine ; le développement de la tumeur s'est effectué aux dépens du bord inférieur du canalicule.

L'incision de ce dernier faite comme pour les débridements ordinaires laisse voir aussitôt une concrétion de la grosseur d'un petit haricot, mamelonné comme une framboise et d'aspect gris jaunâtre.

La simple pression en fait sortir une partie ; avec une curette, je vide le fond de la poche dont je constate la résistance des parois au bruit sec que produit l'instrument qui semble se heurter sur une enveloppe calcaire.

La concrétion se fragmente en une série de petites boules grosses à peine comme des têtes d'épingles ; je n'ai plus de doutes sur le diagnostic d'actinomycose. Il ne restait plus qu'à le vérifier par le microscope ; c'est ce que j'ai fait faire par deux spécialistes compétents.

Le diagnostic microscopique a été fait d'abord par M. Berthaut, pharmacien à la Roche-sur-Yon, puis par le Dr Muratet, chef de laboratoire des cliniques de la Faculté de Bordeaux. Les deux arrivent à la même conclusion ; il ne pourrait donc y avoir aucun doute sur la nature de l'affection.

Voici la note due au Dr Muratet :

« Lesensemencements sont restés stériles au point de vue actinomyces. Je n'ai eu dans les premiers bouillons de

lavage que du streptocoque, l'examen n'ayant été fait que cinq jours après l'opération, cette impureté peut bien n'être qu'accidentelle.

Quoi qu'il en soit il n'a pas poussé d'actinomyces.

Nous n'avons donc comme données que l'examen direct du pus.

Ce pus contenait un assez grand nombre de grains jaunâtres, gros comme des têtes d'épingles; il y en avait 30 à 40 environ. Ces grains mis entre lames et lamelles présentaient tous les caractères classiques des grains actinomycosiques: au centre un feutrage de fins filaments s'irradiant et se divisant; à la périphérie des massues réfringentes; réaction brunacajou en présence de l'iode: coloration des filaments en violet intense, des massues en rouges et des autres éléments en rose, après coloration par la méthode de Gram, par le picro-carmin Ranvier et la safranine ou l'éosine. Les massues traitées par le picro-carmin seul sont colorées en jaune par l'acide picrique, tandis que les éléments du pus et les débris des tissus sont colorés en rose. Dans la triple coloration les massues prennent la couleur diffuse: éosine ou safranine. »

OBSERVATION V

(Professeur A. Krukoff, 1895. — Examen microscopique
par Th. Evetzky.)

Une malade âgée de 35 ans, maîtresse d'école, s'est adressée à moi le 20 avril 1895 en se plaignant de ce que pendant un an et demi elle avait souffert de larmoiement constant et

des symptômes catharraux de l'œil droit. Le traitement du médecin de l'endroit ayant été sans succès on attribua la maladie à une cause nerveuse. Le point lacrymal inférieur de l'œil malade était un peu dilaté, il en sortait sous la pression sur la région du sac lacrymal une certaine quantité de mucus trouble. La conjonctive de la paupière inférieure était hyperhémée; celle du bulbe à l'angle interne était rouge aussi. On n'observait aucune tumeur cylindrique dans la région du canalicule lacrymal; au toucher je n'ai pas senti non plus de grains.

J'ai supposé que c'était une maladie des conduits lacrymaux en raison du larmolement et des symptômes catarrhaux ainsi qu'en raison de la sécrétion muqueuse du point lacrymal sous pression. La dilatation de ce dernier faisait supposer que c'était à cause de la présence de concrétion ou de quelque corps étranger dans le canalicule lacrymal.

En réalité à l'ouverture de ce dernier on y a trouvé une masse particulière qu'on a facilement extraite avec la sonde; cette masse se trouvait près du sac lacrymal à l'extrémité du canalicule. Ce dernier était élargi, surtout dans la partie voisine du sac lacrymal; sa muqueuse était rouge. Le lendemain la malade annonça une amélioration sensible dans son état et trois ou quatre jours après la maladie de l'œil disparut complètement. »

La préparation reçue par Evetzky plongée dans la glycérine était une masse sphérique de 2 à 5 millimètres de diamètre de couleur gris-blanchâtre d'une consistance molle ayant à la surface de petites saillies blanches.

Une partie de cette masse fut écrasée et étalée sur des lamelles qu'on a séchées, fixées et colorées avec le procédé

de Gram. Sur ces préparations ainsi obtenues on a observé en grande quantité des spores et des filaments. Ces derniers étaient fortement enchevêtrés et formaient une sorte de feutrage.

Etant isolés, ces filaments paraissaient très fins, souvent onduleux, parfois en spirales ou encore renflés à l'extrémité. Evetzky ne trouva pas ainsi que Elschnig de vrais renflements piriformes.

Ces filaments se segmentaient dichotomiquement, les branches latérales étaient de même largeur que le filament principal. Parfois on a observé des renflements le long des filaments. Plusieurs de ces derniers se sont colorés très fortement et ressemblaient à des lignes bleues continues, d'autres étaient segmentés transversalement en de courts articles séparés l'un de l'autre par des espaces clairs et qui faisaient voir la membrane fine les réunissant tous. Quelques filaments renfermaient des spores. Le contenu des filaments s'échappait par endroits ; la membrane retombait sur elle-même et devenait alors tout à fait visible. Entre ces filaments on a observé des bacilles à l'état libre ; des spores rondes ou ovales se trouvaient partout en grande quantité tantôt isolées ou réunies en petits groupes.

La masse examinée se présentait sur des coupes entourée d'une couche de tissu granuleux qui devenait plus épaisse entre les saillies de la surface. Ce tissu est constitué par des cellules rondes avec un seul noyau ou quelquefois avec deux ; parmi ces cellules il y en avait de très grosses. On y trouvait également un petit nombre de leucocytes. Les cellules sont très serrées et ne sont séparées que par une quantité insignifiante de la substance intermédiaire.

Le contour extérieur du tissu granuleux paraissait inégal par endroits, probablement là où la masse en question avait été séparée de la paroi du canalicule lacrymal.

Du contour intérieur, les éléments granuleux s'appliquaient à la substance même du grain et s'y introduisaient légèrement en quelques places.

Le grain actinomycosique proprement dit était composé d'un enchevêtrement de filaments très épais qui s'entrecroisaient dans des directions diverses. Au centre l'enchevêtrement était moins épais. Outre les filaments on remarquait parmi eux des spores nombreuses du champignon ; ces spores, isolées ou réunies en petits amas étaient de grosseur et de forme différentes.

C'est à la périphérie que les filaments prenaient souvent une disposition typique pour ce champignon, c'est-à-dire une disposition radiée.

A cette même place les amas de spores affectaient également la forme allongée et se disposaient parallèlement aux rayons formés par les filaments. De la périphérie ces derniers pénétraient dans le tissu granuleux, en y formant un réseau, mais bien moins dense que dans le grain même. Les filaments faisaient défaut dans la partie la plus extérieure de la couche granuleuse, ou bien s'ils existaient c'était en quantité insignifiante. On observait, entre les filaments, des spores ; la plupart de ces dernières se trouvaient en dehors des cellules et néanmoins on observait des cellules contenant des spores et de petits bâtonnets à l'intérieur de leur protoplasma.

Dans la périphérie du grain actinomycosique, dans les points où le champignon croissait le plus fortement, il se formait des grains secondaires, des granules qui se trouvaient

dans le tissu granuleux et produisaient des saillies à la surface du grain principal. Ces granules étaient en communication avec ce dernier à l'aide d'un pédicule plus ou moins large.

Quelquefois ceux-ci n'avaient pas de communication visible avec le grain principal.

Les filaments et les spores dans les granules avaient une disposition radiée très bien prononcée.

DIAGNOSTIC

Pour poser notre diagnostic nous avons dans l'actinomyose des conduits lacrymaux, comme signes cliniques, du larmolement dont les malades se plaignent rarement de même que de la conjonctivite que l'on rencontre à l'angle interne de l'œil. Mais, à notre avis, un des meilleurs signes est la sensation de brûlures, de démangeaisons tenaces qui obligent les malades à consulter.

Au point de vue objectif, la dilatation du point lacrymal correspondant au canal lacrymal atteint, le bourrelet formé par la muqueuse ectropionnée, enfin la présence d'une tumeur répondant au trajet du canalicule, voilà les éléments du diagnostic clinique.

A ces éléments viendra s'adjoindre l'examen microscopique des sécrétions des conduits lacrymaux.

Cependant nous avons vu par l'examen du pus recueilli par pression du canalicule lacrymal que même dans un cas d'actinomyose confirmée ensuite, l'on pouvait ne pas rencontrer de filaments mycéliens en Y. Il est donc nécessaire de pratiquer l'examen d'une des concrétions.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec :

1° Le chalazion. La situation de la tumeur actinomycosique, sa forme ovoïde à grand axe horizontal permettront de différencier l'affection de nature végétale de la masse arrondie du chalazion. Les signes fonctionnels et subjectifs viendront également éclairer le diagnostic ;

2° Un corps étranger, qui, implanté dans le cartilage tarse à l'angle interne, pourra simuler l'actinomycose. Mais les renseignements fournis par le malade, l'évolution clinique feront faire le diagnostic exact.

Il pourra être plus difficile de différencier une dacryo-cystite ; dans cette affection la pression du sac lacrymal fera sourdre des gouttes de pus de coloration jaunâtre, en quantité plus ou moins grande ; dans le cas d'actinomycose, au contraire, la pression du sac lacrymal sera négative. Seule la pression du canalicule fera jaillir une légère gouttelette de pus fortement adhérent. Dans le pus on pourra également observer de petites concrétions jaune-verdâtre caractéristiques du parasite actinomycosique. D'autre part, dans la dacryocystite, les parois du sac lacrymal sont indurées mais non calcifiées.

Une affection dont le diagnostic clinique sera plus difficile, c'est la pseudo-actinomycose. Dans cette maladie les signes objectifs sont semblables à ceux de l'actinomycose mais les signes subjectifs manquent ou sont totalement différents et se rapprochent plutôt de ceux du chalazion. Un examen microscopique fera écarter définitivement la pseudo-

actinomycose due à des champignons du genre streptothrix, de l'espèce oospora mais se différenciant par l'absence de massues terminant les filaments qui ôtent tout aspect radié aux grains rencontrés dans ces cas.

Le Dr Guillemain, dans sa thèse de Lyon (1904), écrit qu'il ne faut pas attacher une grande importance à la présence ou à l'absence des massues.

Nous ne croyons pas que cette opinion doive être acceptée. Pour nous, la présence des massues est caractéristique de l'actinomyces ; si l'on ne les trouve pas, il faudra, seulement alors, penser à une pseudo-actinomycose.

PRONOSTIC

De toute l'étude clinique que nous avons faite de l'actinomyose primitive des voies lacrymales, il ressort que l'affection a une marche essentiellement lente, chronique, sans grande tendance à l'extension : la guérison est la règle, néanmoins rarement spontanée, elle persiste après un traitement approprié.

Comme on le voit une telle affection a un pronostic bénin ; de même que pour un corps étranger une fois l'extraction opérée, tout rentre dans l'ordre. Il persiste seulement une légère sclérose qui peut favoriser une infection à marche chronique, car les tissus n'auront plus leur vitalité première s'ils ont une constitution s'opposant à l'envahissement de cette infection. Il faudra donc surveiller les malades guéris d'actinomyose, car ils pourront fort bien par la suite avoir de la dacryo-cystite.

Nous savons par les différents cas rapportés que la récurrence est exceptionnelle. Si Krukoff a rapporté un cas où une concrétion se développait dans le canalicule supérieur après l'enlèvement d'une semblable dans le canalicule lacrymal inférieur nous pouvons nous demander si l'infection du canalicule inférieur n'était pas antérieure à l'opération pratiquée sur le canalicule supérieur.

TRAITEMENT

Le traitement consiste essentiellement à inciser le canalicule lacrymal atteint, à enlever les grains avec la curette, puis à faire un grattage de toute la muqueuse. L'hémorragie consécutive ne doit pas être un obstacle ; d'ailleurs la cautérisation qui suivra, soit au nitrate d'argent ou au cyanure de mercure, atténuera l'écoulement sanguin.

Cette cautérisation est à notre avis nécessaire. Nous avons vu, en effet, que, si le calcul actinomycosique n'est pas adhérent dans les canalicules lacrymaux, il peut néanmoins après son extraction laisser des filaments mycéliens qui, à la faveur d'une solution de continuité de la muqueuse produite par le curettage, s'implanteraient alors dans les tissus mis à nu et pourraient donner lieu à une actinomycose créant de vastes pertes de substance et aboutissant à la formation d'abcès. Les examens de pus recueilli avant et après le curettage sont entièrement concluants à cet égard.

Les solutions employées seront, pour le nitrate d'argent de 1/100 et pour le cyanure de mercure de 1/1000.

On a proposé aussi les tamponnements au sublimé

faible (1/2000 à 1/6000). Nous ne sommes pas très partisan de ce procédé, le sublimé employé ne nous paraissant pas suffisamment actif comme antiseptique.

La guérison définitive obtenue chez nos deux malades démontre que la cautérisation ignée n'est pas nécessaire.

On recouvrira l'œil à l'aide de gaze iodoformée ou salolée, maintenue en place trois ou quatre jours.

Au bout de ce temps la guérison est complète et les troubles fonctionnels ont disparu.

L'administration de l'iodure de potassium, médicament spécifique dans les lésions actinomycosiques, est, d'après Guillemin, « absolument illusoire et ne doit pas être conseillée. »

Guibert, de la Roche-sur-Yon, a fait prendre pendant plusieurs mois de l'iodure à son malade quoique l'état général fût bon, jugeant que « si l'iodure était inutile, il ne pouvait lui être nuisible ».

Nous nous rapprocherons de son opinion ; cependant les malades dont nous rapportons les observations n'ont pas été soumis au régime ioduré ; néanmoins leur guérison obtenue d'emblée peut être considérée maintenant comme définitive.

CONCLUSIONS

I. — L'actinomycose primitive des voies lacrymales est une affection rare.

Observée surtout à l'étranger, en Allemagne principalement, les cas relatés en France sont au nombre de huit.

Cette affection est constamment localisée aux canalicules lacrymaux, l'inférieur dans les trois quarts des cas, n'ayant aucune tendance à l'extension.

II. — Cette affection est de nature mycosique. L'examen microscopique fait dans une de nos deux observations vient confirmer cette opinion. Le parasite végétal est un champignon du genre streptothrix, de l'espèce oospora, de la variété actinomyces.

L'oospora Forsteri, qui peut aussi se développer dans les voies lacrymales, y former des concrétions, donnera naissance à une affection désignée sous le nom de pseudo-actinomycose.

III. — Le mode de contagion ne semble pas définitivement établi. Il est probable cependant que la contagion se fait par l'intermédiaire de poussières, de corps étrangers, un fétu de paille le plus souvent.

IV. — Elle constitue une affection à symptomatologie restreinte, à évolution lente et chronique.

V. — La grande majorité des observations connues concernent des individus du sexe féminin.

VI. — Le pronostic est bénin. La guérison est constante ; elle survient ordinairement à la suite de l'incision, du curettage et de la cautérisation du canalicule malade. Parfois elle peut survenir par dégénérescence calcaire.

Le traitement ioduré semble au moins inutile.

Vu ; le Doyen,
DEBOVE

Vu : le Président de la thèse,
DE LAPERSONNE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AWERBACH. — Über Pilzkonkremente in der Thränenröhrchen,
(Arch. für Augenheilk. XLIX Heft 4 avril 1904).
- AXENFELD. — Ergebnisse der Path. und path. Anatomie des
Mensches und der Tiere, 1894.
- BERESTNEW. — Über Pseudo-Actinomycose, Zeitschr. f. Hyg.
und Infektionskr., 1898, XXIX.
- BLANCHARD. — Traité de path. générale de Blanchard, 1895.
- BOSTRÖM. — Untersuchungen über die Actinomycose des
Menschen. — Beiträge zur path. Anatomie und
allgem.
Pathologie. V. Ziegler, IX, 1890.
- BUGIER. — Six calculs extraits d'un canalicule lacrymal. Recueil
d'ophtal. 1874, p. 122 (Ref. in Nagels Jahresber.
f. 1879, p. 527).
- BUGIER. — Referat in Nagels Jahresbericht, 1879.
- CAHN (A.). — Pilzkonkremente (Streptotrichie) in der Thrä-
nenröhrchen. Inaugural dissertation, 1903.
- CAMUSET. — Referat in Centralblatt f. Aug., 1882.
— Referat in Centralblatt f. Aug., p. 438, 1882.
- CAUNAS. — Annali di Oftalmologie, XXXI, 1902, S. 606.
- COHN. — Plugge Die microorg., 1896.
- UIGNOT. — Pseudo-actinomycoses, thèse de Lyon, 1896.

- DESMARRES. — Annales d'oculistique, VII, p. 149; VIII, p. 85;
IX, p. 20, 1842-1843.
- ELSCHNIG. — Kl. Monatsbl. f. Augenh., n° 6, 1895.
- EWETZKY. — Archives d'ophtalmologie, 1896.
- FOERSTER. — Arch. für. Ophtal. Bd. XV, p. 318, 1869.
- GOLZIEHER. — Centralblatt, f. Aug., p. 33, 1884.
- GOMBERT. — Th. Montpellier, 1887.
- GRÄFE (A von). — Arch. für Ophtal. Bd. I, p. 284, 1854.
— Arch. für Ophtal. Bd. XV, p. 324, 1869.
- GRUNHUT. — Prager medic. Wochenschr, 1888, n° 23.
- GRUENING. — Arch. für Augenh. und Ohren.
— Von Knapp und Moos., Bd., III, p. 164, 1873.
- HAASE. — Arch. für Aug. von Knapp und hirschberg., 1879.
- HIGGENS. — Referat in Nagels Jahresbericht, 1879.
- HIRSCHBERG. — Ueber die Pilzkonkremente in der Thränen-
kanälchen. Centralbl. f. prakt. Augenh., 1902, Jan.
Heft., p. 7.
- HIRSCHLER. — Nagels Jaresber., 1874.
- HUTH. — Centralbl. f. pract. Augenh., n° 4, 1894.
- ISRAEL. — Ueber die Kultivierbarkeit des Actinomyces, Virch.
Arch., B. 95, 1894.
- KALSTALSKY. — Actinomyose des Thränenröhrchens, Deutsch-
nams. Beitr. z. prakt. Augenh. 1898, Heft. XXX,
p. 19.
- LEPLAT. — Revue générale d'ophtalm., 1885.
- MITVALSKY. — Actinomyose du sac lacrymal. Arch. d'oph-
talm., 1898, p. 508.
- MONTE (Del). — Bull. della. Assoz. dei Naturalisti e Medici,
Anno III, 1872, no 6 (Pref. in Nagels Jahresber. f.
1872, p. 134.

- MONTE (Del.). — Referat in Nagels Jahresbericht. 1872.
- NARKIEWICZ. — Jodko. kl. Monatsbl., Bd. VIII, p. 78, 1878
- PONCET et BÉRARD. — Traité clinique de l'actinomyose humaine, 1858.
- REUSS. — Wiener med. Presse, nos 7 et 8, 1884.
- ROBERT. — Actinomyose des canalicules lacrymaux, thèse de Paris, 1899.
- SAUVAGEAU et RADAIS. — Annales de l'Institut Pasteur, 1892.
- SCHIRMER. — Kl. Monastsbl. für Augenheilk. Bd. IX, p. 248, 1871.
- VON SCHROEDER. — Klinische Monastsbl. f. Augenheilk., n 4, 1874.
- SEGELKEN. — Ein Kasuistischer Beitrag Zur Etiologie der Konkrementen in der Thränenröhrchen. Klin. Monastsbl. f. Augenh., 1902. B. II, p. 134.
- SILBERSCHMIDT. — Ueber zwei Fälle von Pilzmassen im unteren Thänenkassälchen. Centralbl. f. Bakt., 1900, XXVII, p. 486.
- SNEGIREW. — Ein fall von konkretionen in allen vier Thänenkassälchen. Ibid., p. 24.
- VAN DER STRAETEN. — Incrustation-actinomycosique d'un canalicule supérieur. Bullet. de la Soc. belge d'opht., 1899, 26 nov., p. 70.
- TOMASSOLI-GUÉNOD. — Bactériologie et parasitologie clinique des paupières. Paris, 1894.
- WECKER (de) et LANDOLT. — Traité d'ophtalmologie, 1889.

